# PRZYCZYNEK

DO

# RESEKCYI SZCZĘKI GÓRNÉJ

NAPISAŁ

Dr. A. GABRYSZEWSKI

ELEW KLINIKI CHIRURGICZNÉJ.

KRAKÓW.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

1888.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1888. Nr. 26, 30 i 31.

# Przyczynek do resekcyi szczęki górnéj.

Podał

Dr. A. Gabryszewski,

elew kliniki chirurgicznéj.

Jakkolwiek ogłoszenie kilku przypadków resekcyi szczęki górnéj, operacyj wykonanych znanym sposobem i z powodu zwykłych cierpień bez wprowadzenia jakiéjś nowości chirurgicznéj, zdawałoby się dziś zbytecznėm i niebudzącém interesu, to jednak i z tak szczupłego materyjału wysnuć można pewne wnioski, a wyniki, jakie otrzymaliśmy, mogą już zaważyć na szali téj metody, jakiéj stale trzymaliśmy się. Rzecz zdawała się tém sposobniejszą, że świeżo mamy w pamięci w łamach *Berliner klinische Wochenschrift* 1888 Nr. 14 i 15, ogłoszoną pracę Küstera [1]), w któréj autor wśród wielu nowych i słusznych uwag wygłasza niektóre zapatrywania nie zupełnie trafne, a daje rady, na które trudno się zgodzić. W klinice naszéj mamy w ogóle nie wiele materyjału do téj operacyi; statystyka O. Webera [2]), według któréj na szczękę górną $^1/_{10}$ wszystkich guzów ciała człowieka przypada, do nas nie daje się zastosować, a rok ostatni jeszcze się bardzo korzystnie pod tym względem przedstawia [3]).

[1]) *Ueber die Neubildungen des Oberkiefers und den Erfolg ihrer operativen Behandlung. Berliner klin. Wochenschr.* 1888, Nr. 14 i 15. — [2]) *Die Krankheiten des Gesichts. Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie. Pitha-Billroth* S. 211, 1866. [3]) W trzech latach poprzednich wyszukałem tylko dwie całkowite i typowe resekcyje szczęki górnéj z powodu mięsaków, prócz tego zaś jednę osteoplastyczną z powodu polipów na podstawie czaszki i trzy częściowe, z których jedna z powodu raka wyrostka zębodołowego a dwie z powodu martwicy fosforowéj.

W bieżącym roku szkolnym wykonał prof. Rydygier pięć razy resekcyję szczęki górnéj, wyzyskując wszelkie nadarzające się przypadki, (dwie czy trzy osoby z bardzo daleko rozszerzonemi mięsakami, jako *casus inoperabiles*, odprawiono bez operacyi). Z liczby guzów nowotworowych, operowanych, były dwa chrząstniaki, dwa mięsaki, z których jeden mięsak wyrostka zębodołowego, mięsak rdzeniowaty Pageta), drugi mięsak drobnokomórkowy trzonu szczęki i jeden rak wychodzący z wyrostka zębodołowego i podniebienia twardego. W trzech przypadkach guzy zajmowały prawie całą szczękę górną, w dwóch przechodziły jéj granice, rozpoznanie ich nie przedstawiało ani razu trudności, całkowite wypiłowanie szczęki było u wszystkich wskazanem. Jak wiadomo nie jestto operacyja, do któréjby się z lekceważeniem zabierać można. Sam rękoczyn przedstawia poważne niebezpieczeństwo dla chorego, już z powodu wstrząsu, jużto znacznego nieraz krwotoku i ostréj niedokrewności, lub zaduszenia się krwią, jużteżto w skutek dołączającego się zapalenia płuc, wywołanego dostaniem się do dróg oddechowych rozpadłych cząstek rany, nie licząc częstych powrotów choroby, które większą część chorych z nowotworami złośliwemi, mimo operacyi, prowadzą do śmierci. Nie dziw téż, że się tego groźnego zabiegu zrazu niemało obawiano.

Z drugiéj strony przyznać trzeba, że bardzo często chorzy dziwnie łatwo znoszą tę operacyję, a jakkolwiek dopiero w r. 1827 Gensoul[1]) pierwszy odważył się dokonać całkowitego wypiłowania szczęki górnéj, późniéj efektowne wyniki sprowadziły formalną rozrzutność temi resekcyjami, tak, że np. Maisonneuve poświęcał szczękę, aby następnie wyłuszczyć polipy nosogardłowe. Langenbeck ma zasługę, że przez wprowadzenie metody tymczasowego wypiłowania szczęki górnéj doprowadził te stosunki do właściwéj miary.

Statystyka śmiertelności skutkiem téj operacyi, która najlepiéj wyjaśnić powinna szanse, jakich przy resekcyi spodziewać się można, przedstawia się u różnych autorów bardzo

---

[1]) p. O. Weber j. w. J. F. Dieffenbach p. n.

rozmaicie. Dieffenbachowi[2]) nie umarł ani jeden z 32 operowanych, a Küster[3]) na 29 całkowitych resekcyj stracił 8. Wygląda to trochę rażąco, gdy sobie przypomnimy, że Dieffenbach umarł już w r. 1847, a Küster operuje w czasach pełnego rozwoju antiseptyki i aseptyki.' Heyfelder[4]) zestawił 112 przypadków całkowitego wypiłowania szczęki górnéj, z których skończyło się śmiercią 26, z 187 zaś resekcyj częściowych 36 wzięło zły obrót. Lücke[5]) podaje, że z 20 operowanych przez Langenbecka dziesięciu umarło przy całkowitéj, z 28 jeden tylko przy częściowéj resekcyi szczęki górnéj. Jakkolwiek różne są podane cyfry, nie ulega wątpliwości, że śmiertelność w obec operowanych nowotworowych guzów szczęki jest bardzo znaczną: podany przez Rabego[6]) procent śmiertelności 29%, jeśli jest prawdziwy, stwierdzałby w zupełności wyniki Küstera, tj. 27% — a my naszemi 20% powinnibyśmy się cieszyć.

W obec takiego stanu rzeczy staraniem chirurgów było ochronienie chorych od możliwych niebezpieczeństw. — Aby zabezpieczyć operowanego od spływania krwi do dróg oddechowych, polecają jedni przedwstępne przecięcie tchawicy i wytamponowanie krtani (Nussbaum, Trendelenburg, Michael i inni) a Küster w wzmiankowanéj pracy twierdzi, że dziś chyba każdy chirurg tak postępuje. Prawda, że ma to nadto chronić od następowéj pneumonii, ale dodanie nowéj nieobojętnéj operacyi do drugiéj tak poważnéj jak resekcyja, wydaje nam się szkodliwém i zbytecznêm; gdyż i inaczéj zabezpieczyć można chorego od pneumonii, która, nawiasem mówiąc, Küsterowi szczególnie często zdaje się wydarzać. W naszych 5 przypadkach, których przebieg podajemy, nie było ani razu tego groźnego powikłania. Jeżeli się czuwa, aby chory przez kilka dni po operacyi spoczywał w postawie prawie siedzącéj, jeżli się ranę dokładnie gazą jodoformową wypełni, poda środek wykrztuśny, a usta skrzętnie

---

[2]) *Die operative Chirurgie* 2 Bd., 1848, str. 43. — [3]) *Berl. klin. Woch.* j. w. — [4]) *Die Resection des Ober-Kiefers* 1857 *Monographie.* — [5]) p. O. Werter j. w. — [6]) Rydygier. Podręcznik chirurgii szczegółowéj.

płynem przeciwgnilnym przepłukiwać poleci, przebieg leczenia chyba bardzo wyjątkowo dołączającą się pneumoniją zaburzonym zostanie; co się zaś tyczy krwotoku, grożącego drogom oddechowym, można się go inaczéj ustrzedz. Polecony przez Rosego sposób operowania na zwieszonéj głowie odpowiadałby celowi, ale utrudnia operacyję, a tamując odpływ krwi żylnéj sprawia czasem straszliwy krwotok.

Najlepszym wydaje się sposób operowania w postawie siedzącéj a w niezupełném znieczuleniu. Sposób, jakim się posługiwano wyłącznie i z najlepszym skutkiem w klinice Rieda w Jenie. Pierwsze cięcia wykonywa się w zupełnéj narkozie, dalszą część operacyi uskutecznia się w niezupełném uśpieniu, tak, że chorzy krew spływającą do krtani już odkrztuszać mogą. Zdawałoby się, że operacyja przy tém postępowaniu jest nader bolesną, fakta uczą inaczéj. Żaden z operowanych u nas nie oddziaływał tak dalece przy wykręcaniu szczęki, a jeśli który jęczał, to dopiero przy szyciu płatu skórnego.

To też trzymaliśmy się tego sposobu we wszystkich naszych operacyjach i byliśmy najzupełniéj zadowoleni. Nadmienić wypada, że porządek poszczególnych aktów operacyi przy tém postępowaniu odstępuje nieco od skreślonego porządku Küstera i „typowego przebiegu" wielu podręczników. Oczywista akt pierwszy, przecięcie tchawicy odpada; akt trzeci (Küstera), przecięcie podniebienia twardego i oddzielenie go od miękkiego, musi być odłożonym na późniéj ze względu na krwotok do gardła, który przy głębokiéj narkozie mógłby wywołać zaduszenie. Dla tego też przecięcie kości jarzmowéj i wyrostka jéj skroniowego, daléj wyrostka nosowego szczęki i ściany dolnéj oczodołu, po uprzedniém oddzieleniu okostny, które ma być aktem czwartym, u nas wykonywa się jako akt drugi. Gdy się rozpoczyna manipulacyja w jamie ustnéj, chory zwykle już wyszedł ze stanu głębokiego uśpienia i odruchowo wykrztusza spływającą do krtani krew, która zresztą przy lekkiém pochylaniu głowy ku przodowi i wycieraniu wacikami, wyjątkowo tylko w większéj ilości tam się dostaje. Dodatkowo jeszcze wspomnieć

należy, że przy oddzielaniu płatu skórnego, co stanowi pierwszą część naszéj operacyi, unika się o ile możności przecięcia błony śluzowéj lica, pozostawiając sobie to na późniéj, przez co unikamy rychłego krwotoku do jamy ustnéj i dłużéj w pewnéj narkozie operować możemy.

Kiedy mówimy już o cięciu skórném, niech mi wolno będzie poświęcić słów kilka licznym metodom, jakiemi różni autorowie śród przecięcia części miękkich się posługiwali, różniąc się właśnie w tym tylko punkcie. Pomijając stare metody Gensoula, Guthriego, Rieda, Symego i innych [1]) o najrozmaitszych kształtach, (H, L, V, Λ, +), które dziś mają tylko historyczną wartość, obecnie jeszcze są w użyciu trzy sposoby; sposób Velpeaua, Langenbecka [2]) i t. z. zmodyfikowany sposób Dieffenbacha. Cięcie Velpeaua od kości licowéj do kąta ust prowadzone łatwo sprawia przecięcie przewodu Stenona, a bezwzględnie nie ochrania od przecięcia licznych rozgałęzień n. twarzowego. Cięcie Langenbecka ku dołowi łukowate, rozpoczynające się na kości licowéj, a kończące na boku nosa w miejscu zetknięcia się kostnéj i chrzęstnéj jego części, pomijając, że nie usuwa wcale wad cięcia poprzedniego, nie zawsze daje dostateczny dostęp. Oba zaś te cięcia pozostawiają na twarzy duże i szpecące blizny, rzecz, z którą zawsze nieco, czasem bardzo, liczyć się wypada.

Cięcie Dieffenbacha zmienione, tak jak je O. Weber opisuje, które najprawdopodobniéj jest pierwotném cięciem Nélatona, a jak chce Küster modyfikacyją cięcia Dieffenbachowskiego przez Wilmsa [1]), usuwa wszystkie nie-

[1]) O. Weber j. w. i Dieffenbach j. w. — [2]) Cięcie Langenbecka według O. Webera przebiega od kości jarzmowéj do skrzydła nosowego, podobnie jak u Velpeaua, tak je podaje i Küster.

[1]) Ciekawie istotnie przedstawia się cała historyja tego cięcia Dieffenbacha i jego modyfikacyj, a posłużyć téż może jako ilustracyja wzajemnych stosunków naukowych Niemiec i Francyi. Ostatnia pogadanka Billrotha z Verneuillem z okazyi Kongresu chirurgów francuskich w Paryżu b. r. nie była bezpodstawną w zarzutach obopólnych, dodaćby do niéj można tę tylko uwagę, że przyganiał kocioł garnkowi.

dogodności poprzednich i témto cięciem posługiwaliśmy się z najlepszym skutkiem w naszych operacyjach.

Cięcie to, które rozpoczynamy poniżéj zewnętrznego kąta oka i prowadzimy wzdłuż dolnego brzegu oczodołu, zwraca się pod wewnętrznym kątem oka ku dołowi i przebiega w fałdzie nosopoliczkowym na dół, okrąża skrzydła nosowe i kończy się przedzieleniem górnéj wargi w środku jéj rowka (tj. cięciem Fergussona).

Szczególną zaletą cięcia tego jest, że daje nadzwyczaj dobry przystęp do wypiłowania szczęki, że pozostawia bardzo mało rażące blizny i małe zeszpecenie, a nadto, że przy tém cięciu żadnéj prawie gałązki n. twarzowego się nie przecina. I Küster używa tego sposobu, podnosząc szczególnie jego kosmetyczne zalety, na co i my w zupełności się zgodzić musimy — gdyż wszyscy nasi operowani nietylko oszpeceni nie zostali, ale istotnie zyskali daleko przyzwoitsze wejrzenie niż mieli przed operacyją. Jak zaś obszernie dozwala cięcie to wypiłować kości twarzowe, przekonywa nasz drugi i czwarty przypadek, w których mogliśmy bez jakichś dodatkowych cięć wydłutować znaczną część zajętéj sprawą chorobową szczęki drugiéj w przypadku 2, a posunąć się aż do wyrostka licowego kości czołowéj w przypadku 4-tym.

---

I tak czytamy w dziele Dieffenbacha „*Die oper. Chirurgie* 2 Bd. S. 38 opis jego pierwotnéj metody, tak jak w ogóle jest znaną, podczas gdy Nélaton w swych „*Elements de pathologie chirurgicale* T. 4, str. 665, podaje to cięcie, jako cięcie Maisonneuva. Sposób, jakim myśmy operowali, opisuje Nélaton jako swój własny pomysł. Löbker (*Chirurg. Operationslehre* s. 219) przyznaje Nélatonowi tylko modyfikacyję cięcia Dieffenbachowskiego a Otton Weber (*Handbuch der allg. u. spec. Chirurg.* j. w.) podaje je jakby swoje. Jeżeli jeszcze dodamy, co już wspominaliśmy, że Küster przyznaje modyfikacyję tą Wilmsowi, będziemy mieli istną wieżę Babel. Być może, że kilku autorów równocześnie na myśl tę przyszło, zdaje się jednak, że o ile Nélaton krzywdzi Dieffenbacha, o tyle Nélatonowi dzieje się niesprawiedliwość w Niemczech, tylko Velpeau i Langenbeck wyszli cało i są poszanowani u jednych i drugich.

Oddzielenie szczęki górnéj z jéj połączeń kostnych wykonywaliśmy tak, jak to mniéj lub więcéj wszyscy czynią, trzymając się jednak stale wspomnianéj już zasady operowania jak najdłużéj w pełnéj narkozie, któréj znowu warunkiem jest odroczenie, ile się da na jak najpóźniéj krwotoku do jamy ustnéj.

Zaczynamy więc po odpreparowaniu płatu skórnego od górnego cięcia począwszy, przecięciem kości licowéj lub jéj wyrostka czołowego, następnie części oczodołowéj szczęki górnéj, wreszcie jéj wyrostka nosowego i połączenia z kością sitową, rozumie się po poprzedniém oddzieleniu okostnéj oczodołu. W końcu dopiero przecinamy w środku lub koło wyrostka zębodołowego strony choréj osłonę podniebienia twardego (w ostatnim razie musimy oddzielić części miękkie i okostną od kości podniebiennéj), odkrawamy daléj poprzecznie podniebienie miękkie od twardego i przedzielamy kości szczękowe i podniebienne, poczém uchwyciwszy szczękę kleszczami Fergussona lub Farabeufa wykręcamy ją i odrywamy od kości klinowéj przecinając nożyczkami ostatnie przyczepy mięśniowe. Prof. Rydygier posługiwał się przy téj części operacyi wyłącznie dłutem i młotkiem. Narzędzie to wprowadził sam Gensoul [1]) i zrazu wyłącznie używano go za jego przykładem [2]); późniéj jednak podniosły się zarzuty przeciw temu postępowaniu, które łatwo ma sprowadzać pryskanie kości i działa zbyt gwałtownie a niedokładnie. Ztąd w Anglii Lisfranc i Liston zaczęli najpierw używać odpowiednich nożyc kostnych, które tam dotąd przeważnie są w użyciu, a Langenbeck rozprzestrzenił użycie piłki nożykowatéj, która téż wraz z piłką łańcuszkową głównie w Niemczech cieszy się powodzeniem. Jakkolwiek przyznać trzeba, że za pomocą piłki najczyściéj i najdokładniéj kości się przecina, główną zaletą dłuta jest szybkość, z jaką się

---

[1]) Weber p. j. w. — [2]) Np. Licars, Guthrie i Dupuytren uważany przez Dieffenbacha za pierwszego, który resekcyję szczęki górnéj wykonał. Pierwéj jeszcze Desault posługiwał się przy częściowéj resekcyi szczęki górnéj własnym osobnym nożem kształtu sierpowatego.

niém przecięcia dokonywa. Rzecz jasna, że jak wszędzie tak i tu trzeba odpowiedniéj wprawy i umiejętności; w naszych przynajmniéj przypadkach nie było nigdzie potrzaskanych kości a krótkość czasu, jakiego było potrzeba na wycięcie kości szczękowéj zmniejszała znakomicie ilość straconéj krwi, nie dopuszczała do ostréj niedokrewności, kto wie czy nie najniebezpieczniejszego powikłania téj operacyi. Takiego przekonania nabraliśmy i takie wypowiadamy nie dziwiąc się ani Küsterowi ani wielu innym i nie narzucając się z radą nikomu [1]).

Po wykręceniu szczęki wtłacza się szybko w powstałą jamę duży pęk jodoformowéj gazy i trzyma kilka minut uciskając, poczém się go wyjmuje i broczące naczynia podwiązuje. Krwotok jest tu zwykle nieznaczny a zdarzyło się nam, że po wyjęciu gazy raz nic zgoła nie trzeba było podwiązać, poszarpane i oddarte naczynia nie krwawiły wcale. Nie rozwodząc się nad dalszemi szczegółami nadmieniam tylko, że po zeszyciu rany szwem jedwabnym węzełkowym, w trzech przypadkach wcale opatrunku zewnętrznego nie założono, tylko szew proszkiem jodoformowym przyprószono. Za to dokładnie wypełnialiśmy gazą jodoformową wszystkie zaułki jamy rannéj i przestrzegali ściśle odrażania jamy ust itd. (j. w.) w ogóle wszystkiego, co miało chronić od zapalenia płuc połykowego. Tak postępując otrzymaliśmy następujące wyniki po operacyi: Czteréj chorzy znieśli ten ciężki zabieg nadzwyczaj dobrze, jeden umarł w trzy godziny po operacyi (p. przyp. 4). Krwotok we wszystkich przypadkach był mierny w 3im i 4ym przypadku nieco większy niż w innych. Sekcyja w przypadku 4ym wykazała tylko niedokrewność jako przyczynę śmierci; utrata krwi jednak u tego operowanego była, jeśli nie mniejszą to przynajmniéj równą jak w przypadku 3im. Ale gdy tu (3) mieliśmy dziewczynę młodą, dobrze odżywioną i zresztą zdrową, tam (4)

[1]) Być może, że u ludzi starych, gdzie kości twarde i kruche, lepiejby było porzucić dłuto a piłką operować; u młodych dłuto działa wcale nie tak „*roh*“ jak wielu chce, owszem można niém nawet z pewną precyzją i delikatnością manewrować.

był człowiek stary, z bardzo już rozszerzonym mięsakiem trzonu szczęki, od wielu lat słabowity, a w chwili operacyi tak wynędzniały i niedokrewny, że istotnie trzeba było odwagi do operowania go, a zuchwałości do dobrego rokowania. Operacyi téj podjęliśmy się téż tylko zachęceni bardzo korzystnemi wynikami poprzednich naszych rękoczynów tego rodzaju, na chorym, który zresztą na tém nie wiele mógł stracić, a w danym razie bardzo wiele zyskać. W każdym razie chcąc mieć piękną statystykę należałoby się wystrzegać interwencyi chirurgicznéj w tak daleko posuniętych przypadkach. Mimo to wszystko zejście śmiertelne bezpośrednio po operacyi skutkiem ostréj niedokrewności, musimy uważać za groźne ostrzeżenie, aby operacyi nie przewlekać a krwotok energicznie tamować. Mógł tu wprawdzie przyczynić się do śmierci i *shok* i zatrucie chloroformowe, gdy się jednak ma wynik sekcyjny orzekający pewną przyczynę śmierci, trudno się błąkać po przypuszczeniach, które się nigdy ściśle umotywować nie dadzą.

Jak już wspominaliśmy innych powikłań przy naszych operacyjach nie mieliśmy. Tak częstego u Küstera zapalenia płuc z dostawania się ciał obcych do oskrzel i tak groźnego, że się przed niém zawsze poprzednią tracheotomiją zwykł zabezpieczać, nietylko nie mieliśmy, ale nie było ani razu jego początków. Dalszy przebieg pooperacyjny był również we wszystkich czterech przypadkach zupełnie prawidłowy i zadowalający. Ciepłota wprawdzie podnosiła się nieco po operacyi, nie przekraczała jednak nigdy 38·5 i trwała najwyżéj kilka dni.

We wszystkich przypadkach jama ranna szybko się pod jodoformem wypełniała zdrowemi i obfitemi granulacyjami, szew zaś w jednym tylko przypadku (przyp. 2) i to częściowo ropiał, gdy jednak po kilku dniach, po należytém oczyszczeniu rany i odświeżeniu brzegów, przetokę na nowo zeszyto wszystko zgoiło się przez rychłozrost. Z ciężkich następstw, na jakie, według Küstera (co do tego ma słuszność), w podręcznikach i książkach naukowych albo wcale nie albo bardzo tylko pobieżnie zwracają uwagę, a które on sam tém

uroczyściéj podnosi nie oglądaliśmy nawet cienia u naszych chorych. Mam tu na myśli następowe zmiany chorobowe w narządzie wzroku i słuchu. Według Küstera [1]) w razie wypiłowania większéj części blaszki oczodołowéj szczęki gałka oczna zmienia natychmiast swoje położenie, t. j. opada ku dołowi, co ma sprowadzać oprócz oszpecenia podwójne widzenie i utrudnienie ruchów oka. Rzecz ta wydaje się zresztą naturalną, gdy zważymy, że zarówno gałce ocznéj ubywa po resekcyi podstawa podpierająca od dołu, jak mięśniom płaszczyzna, na któréj działają. Ale nietylko to ma, według szanownego autora rozprawy, grozić oku po wypiłowaniu szczęki górnéj. Często w opadniętéj gałce ocznéj niknie natychmiast po operacyi poczucie światła, oko ślepnie a wzrok zwykle już nie powraca. Choćby się wzrok po operacyi utrzymał, może oko następowo powoli ociemnieć, pomimo że prócz rozszerzenia się źrenicy, żadnych widocznych zmian spostrzedz w niém nie można. Może nakoniec w kilka dni po operacyi wytworzyć się wrzód na rogówce, rychło w głąb drążący, który, mimo wszelkiéj interwencyi leczniczéj (*mydriatica*, opatrunek antyseptyczny uciskający), zwykle prędzéj lub późniéj prowadzi do zniszczenia całéj gałki ocznéj, zaniku oka. Tak opisuje Küster następowe zmiany chorobowe oka po téj resekcyi i słusznie bardzo energicznie im przeciwdziałać poleca. Powikłania te groźne i znacznie ciężkość zabiegu podnoszące, są rzeczą nową a ważną dla chirurgii szczęki górnéj, czy znowu jednak Küstera szczególne jakieś nieszczęście powikłaniami temi nie prześladowało? Trudno z naszym skromnym materyjałem spierać się o to, trudno mu i nie wierzyć, dziwném jednak wydawać się musi, że w tak poważnych dziełach jak Dieffenbacha [2]) i Webera [3]) i w tych rozmaitych podręcznikach nie ma nawet wzmianki o tém. W naszych pięciu przypadkach była zawsze dolna blaszka oczodołowa wypiłowana co najmniéj do połowy a nie mieliśmy ani razu zmiany położenia gałki ocznéj i podwójnego widzenia, nigdy żadnego upośledzenia wzroku, cóż

[1]) p. Küster j. w. — [2]) j. w. — [3]) j. w.

dopiero mówić o nagłém lub powolném oślepnieniu. Z tém wszystkiém słusznie radzi Küster szanować ile możności blaszkę oczodołową i wypiłować jak najmniéj, gdyż w razie zajęcia części dalszych, łatwo następowo doszczętne usunięcie nowotworu uskutecznić można, słusznie poleca powstałą po resekcyi jamę gazą jodoformową dokładnie tamponować zanim tworzące się ziarniny jako tako gałki ocznéj w jéj prawidłowém położeniu nie umocnią; tylko że to są rzeczy, których się i bez jego obaw przestrzega.

Wrzodom rogówki (które Küster zdaje się całkiem słusznie uważa za odpowiadające tym wrzodom, które powstają po przecięciu nerwu troistego), zapobiega autor analogicznie doświadczeniom Snellena na królikach robionym przez zeszycie powiek katgutem. Postępowanie to jest wprawdzie nowém i oryginalném a może i dobrém, wydaje nam się jednak za energiczném a zupełnie zbytecznem, bo przecież przez proste zawiązanie oka opaską to samo osiągnąć można.

My u trzech chorych, nie opatrując rany, nie przewięzywaliśmy i oka, mimo to wrzód rogówki się nie pojawił. Ze wszystkich powikłań na oku widzieliśmy tylko u dwóch chorych lekki nieżyt spojówki, który w niesłychanie wyższym stopniu spotyka się przy operacyjach plastycznych w sąsiedztwie oka wykonywanych.

Tyle o oku. Zmiany następowe w uchu, które Küster również dokładnie opisuje, nie zdarzają się ani tak często ani nie są, rzecz naturalna, tak groźne. I tutaj jednak przychodzi nie tylko do przytępienia słuchu, ale i do zupełnéj głuchoty po stronie operowanéj i to bez widocznych zmian w uchu; w innych zaś przypadkach zjawia się ropne zapalenie ucha środkowego z następowém przebiciem bębenka. Najczęstszą przyczynę przytępienia słuchu upatruje Küster w nieżycie trąbek Eustachego; nieżyt zaś ten powstać może albo przez proste przejście podrażnienia zapalnego z sąsiednich błon śluzowych i utworzonéj niemałéj rany, albo, jak sądzi, może wywołać go zranienie dłutem lub piłką ujścia przewodu Eustachego. Radzi więc, aby przynajmniéj w przy-

padkach, gdzie już było poprzednio przytępienie słuchu, po ukończeniu operacyi a przed zaszyciem płatu skórnego kateteryzować trąbkę i wdmuchiwać do niéj powietrze. My w téj rzeczy nie możemy nic powiedzieć z własnego doświadczenia, w pierwszych przypadkach nie zwracaliśmy na tę sprawę szczególniejszéj uwagi; w każdym razie żaden z naszych chorych nie skarżył się na przytępienie słuchu, w ostatnich zaś przypadkach żadnych zmian ani podmiotowych ani przedmiotowych wykazać nie było można.

Z innych zmian następowych po resekcyi szczęki górnéj, najwybitniejsze a stałe są zaburzenia w mowie, żuciu i połykaniu. Utrudnienie mowy najsilniéj wówczas występuje, gdy jama po wycięciu szczęki powstała nie jest wytamponowaną, przy najdokładniejszém jednak wypełnieniu gazą, jakkolwiek mowa się znacznie poprawia, zawsze jest niewyraźną i nosową, z powodu braku zębów i upośledzonéj lub zniesionéj czynności podniebienia miękkiego. Rzecz jasna, że to samo upośledza żucie i łykanie, dla tego téż wskazaném jest, dłuższy czas po operacyi podawać choremu tylko płynne pokarmy. W przyp. 1 połykanie tak było utrudnione, że trzeba było choremu przez dwa dni po operacyi wlewać do gardła płynne pożywienie za pomocą koneweczki wąską zakończonéj rynienką. W przyp. 5 zato chora tego samego dnia jeszcze z łatwością połykała płyny, a na trzeci dzień jadła pokarmy stałe.

Z czasem, kiedy rana wewnętrzna, wypełniwszy się ziarniną, zupełnie się zagoiła a jama zmniejszyła i ściągnęła, chorzy już wcale nieźle jedli i mówili; z tém wszystkiem komunikacyja ust z nosem i połykiem i brak zębów stanowi z wielu względów dla chorych złe i przykre następstwo resekcyi szczęki, które znaczniebyby obniżało wartość téj operacyi, gdyby się go w odpowiedni sposób usunąć nie mogło. Zapobiedz zaś można tym niedogodnościom najlepiéj przez wprawienie odpowiedniego obturatora (czyli sztucznego podniebienia i szczęki), który, wypełniając jamy po wypiłowanéj szczęce, zastępuje niejako kostne rusztowanie szczęki górnéj i zasłaniając podniebienie znosi komunikacyję z jamą ustną,

a nadto jeszcze spełnia ważne zadanie sztucznych zębów. Wykonane dla naszéj kliniki przez Dra Szymkiewicza płytki podniebienne, przyczepione za pomocą złotych klamerek do zębów przeciwnéj strony, trzymają się mocno, przylegają dobrze, w ogóle całkowicie spełniają swe zadanie, poprawiając mowę i ułatwiając żucie. Zastósowaliśmy je w przypadku 2 i 3. I w inny sposób załatać można brak podniebienia, szczególnie w przypadkach, gdzie znaczną część osłony podniebienia twardego choréj strony wraz z okostną oddzielono i w ten sposób zaoszczędzono. Uskutecznia się to przez zeszycie odpreparowanego podniebienia z błoną śluzową lica. W przypadku pierwszym, w którym operowany zgłosił się w 9 miesięcy po dokonanéj operacyi zauważyliśmy, że płat podniebienia twardego zrósł się samochcąc na nieznacznéj przestrzeni z licem; tu więc niejako dla dopełnienia téj własnowolnéj dążności do zrostu, nastręczało się zeszycie podniebienia z niem i tak téż uczyniliśmy.

W przypadku 4 chciał prof. Rydygier zeszyć podniebienie z licem i uczynił to przed zeszyciem rany skórnéj, łącząc odpreparowaną osłonę podniebienia twardego z błoną śluzową lica; niestety przypadek ten skończył się śmiercią wkrótce po operacyi i nie dozwolił przekonać się czy i o ile wynik takiego postępowania byłby korzystnym.

Chcę jeszcze wspomnieć o jednéj sprawie wielkiego znaczenia, a mianowicie o nawrotach chorobowych przy nowotworach złośliwych, które się rzeczywiście za mało dotąd w tym dziale chirurgii uwzględnia, a które sprawiają, że ostateczne wyniki resekcyi szczęki górnéj znacznie są gorsze. Na tę rzecz zwraca także szczególną uwagę Küster i uwzględnia sumiennie ostateczne rezultaty swych operacyj, nawet po latach kilku; temu téż przypisać należy niesłychanie wielki procent śmiertelności (100%) w operowanych przez niego nowotworach złośliwych szczęki górnéj. Nie rozbierając szczegółowo téj części jego rozprawy, nadmienię tylko, że z 20 operowanych skutkiem raka szczęki górnéj, 15 zmarło z powodu recydywy, która się zjawiała w czasie od ½ do 2 lat po operacyi, a w jednym tylko przypadku aż po 5 latach,

(5 stracił Küster bezpośrednio po operacyi, z tych 4 z zapalenia płuc). Z 5 chorych na mięsaka zmarło bezpośrednio po operacyi 2, a 3 na recydywy. Smutne to wyniki i niezachęcające, to téż gdy w czerwcu b. r. zjawił się w naszéj klinice chory operowany w październiku zeszłego roku (przypadek 1), z powodu raka szczęki, bez śladu recydywy, mieliśmy powód do prawdziwego zadowolenia i tém chętniéj przypadek ten ogłaszamy, że mamy wszelką nadzieję, iż i nadal nawrotu nie będzie. Dobry wynik jaki tu otrzymaliśmy przypisać należy temu, że przypadek ten dość wcześnie dostał się w nasze ręce i że wykonaliśmy wypiłowanie całéj szczęki górnéj, chociaż nowotwór zajmował tylko wyrostek zębodołowy i małą część podniebienia twardego. Jak ważném i korzystném ze względu na ostateczny rezultat, jest takie radykalne postępowanie, świadczą wymownie operacyje raka sutka. Odkąd zaczęto usuwać nowotwory, cięciami prowadzonemi w tkaninie zdrowéj w należytém oddaleniu od części chorobowo zmienionych, a tkankę tłuszczową pachy i gruczoły, choćby nie było śladu powiększenia tychże, zawsze doszczętnie się wyłuszcza, procent zupełnych wyzdrowień bez powrotów nowotworu znakomicie się powiększył. Zdaje nam się, że to samo da się powiedzieć o operacyjach na szczęce górnéj, tembardziéj, że tu tak późno przychodzi do zajęcia gruczołów podszczękowych; lepiéj zupełnie nie leczyć, niż leczyć połowiczo, jeśli gdzie to w chirurgii powinno to być zasadą.

Na zakończenie niech mi wolno będzie przytoczyć krótkie historyje chorób naszych pięciu operowanych.

Przyp. I-szy. Rak podniebienia twardego i wyrostka zębodołowego lewego. Resekcyja szczęki górnéj sposobem Dieffenbacha modyf. Wyzdrowienie. J. G. lat 50, od dwóch lat tracił górne zęby po stronie lewéj, przed 2 miesiącami potworzyły mu się małe owrzodzenia w miejscu wypadniętych zębów, wrzody te powiększały się i bolały. Człowiek dobrze zbudowany i odżywiony bez zmian w organach wewnętrznych. Na wyrostku zębodołowym szczęki górnéj lewéj od więzadełka wargi górnéj, do drugiego zęba dwuguzikowego, wrzód na miejscu brakujących zębów, zajmujący również część podniebienia twardego, o dnie nierównym.

Rozpoznanie: *Carcinoma alveoli et palati duri sinistri.*

Leczenie: D. 27 października 1887 r. wykonano resekcyję szczęki górnéj według zawsze używanego sposobu zmodyf. Dieffenbacha, całkiem typowo. Ranę zaszyto katgutem i założono opatrunek antyseptyczny — jamę poprzednio wytamponowano. W 2-gim i 3-cim dniu gorączka 38°, potém ciepłota prawidłowa. Chorego karmiono przez kilka dni za pomocą koneweczki z wąską rynienką. 2 listopada zmiana opatrunku, ponowne wytamponowanie jamy od wewnątrz i przez otwór zostawiony między szwami przy wewnętrznym kącie oka. 5 listopada zaszyto ten otwór, jamę wypełniono gazą tylko przez usta i tak postępowano przez cały czas następny. Nadto chory miał płukać usta 2°/₀ kwasem borowym. 20 listopada opuszcza operowany klinikę, z jamą ustną wypełnioną czystą i zdrową ziarniną. W czerwcu b. r., a więc po 9 miesiącach, zgłosił się chory do kliniki z pięknie zagojoną raną wewnętrzną i zewnętrzną; zrost częściowy podniebienia z błoną śluzową lica, na twarzy lekkie zaciągnięcie blizny przy wewnętrznym kącie oka. 20 czerwca podniebienie jeszcze niezrośnięte, zeszyto z błoną śluzową lica, a po tygodniu chory opuścił klinikę z poleceniem stawienia się w październiku b. r. z powrotem, dla dalszéj obserwacyi.

Przyp. II-gi. Mięsak wyrostka zębodołowego i trzonu szczęki górnéj prawéj. Wypiłowanie szczęki prawéj. Wyzdrowienie. K. R., lat 25, dziewczyna, dobrze zbudowana i odżywiona. Z końcem marca 1887 r. spostrzegła guzek na dziąśle szczęki górnéj prawéj, który szybko się powiększał. Okolica szczęki górnéj prawéj wysklepiona przez guz, który zajmuje przednią powierzchnię szczęki, wyrostek zębodołowy do pierwszego zęba dwuguzikowego i podniebienie twarde z prawéj strony. Guz ten jest nieruchomy, zbity i skórą prawidłową pokryty. Chwieją się zęby sieczne, kieł i oba dwuguzikowe strony prawéj.

Rozpoznanie: *Sarcoma maxillae superioris.*

Leczenie: Dnia 31 października wykonano resekcyję szczęki. Przy wypiłowaniu szczęki usunięto prócz choréj szczęki prawéj część wyrostka zębodołowego szczęki lewéj, aż po ząb dwuguzikowy pierwszy. Stan choréj po operacyi dobry, gorączka niewysoka przez dni kilka, potém ciepłota prawidłowa. Dnia 8 listopada zdjęto opatrunek, okolica rany pokryta ropą — a brzegi jamy pod okiem się zrosły — zresztą rana zgojona przez rychłozrost. Wytamponowano ranę i założono opatrunek antyseptyczny. 11 i 15 listop. postąpiono

tak samo. 20 zeszyto rozpadłe brzegi rany, jednakże 26 przy zmianie opatrunku przekonano się, że jeszcze ropienie się utrzymuje, wyjęto więc szwy i leczono pod opatrunkiem jodoformowym od czasu do czasu lapisując przetokę. Wreszcie 16 grudnia zeszyto raz jeszcze ranę zewnętrzną i teraz brzegi się zrosły. Czekając na sztuczną szczękę, zatrzymała się chora aż do kwietnia b. r., wówczas w celu podtrzymania wargi okrojono z podniebienia twardego płat błony śluzowéj wraz z okostną, podsunięto go pod podstawę wargi i ustalono w tém położeniu szwem przechodzącym przez całą grubość wargi. Następnie dostała operowana odpowiedni obturator i opuściła klinikę.

Przyp. III-ci. Chrzęstniak szczęki górnéj. Wypiłowanie szczęki. Wyzdrowienie. Z. G. l. 20. Przed rokiem zauważyła chora na dziąśle szczęki górnéj prawéj guzek, który szybko wzrastał i sprowadził wypadnięcie czterech zębów, od pół roku zaczęła jéj nabrzmiewać i twarz. Dziewczyna dobrze zbudowana i odżywiona, na licu prawém guz wielkości kurzego jaja, zbity, skórą prawidłową pokryty, który zajmuje całą prawie szczękę górną, a w jamie ust sięga do połowy podniebienia.

Rozpoznanie: *Chondroma maxillae superioris.*

Leczenie: Dnia 26 marca 1888 r. wykonano resekcyję szczęki w sposób zupełnie typowy. Krwotok bardzo znaczny, opatrunku nie założono, tylko wytamponowano jamę. Przebieg pooperacyjny całkiem prawidłowy, przez dni kilka stan podgorączkowy. Rana zewnętrzna goi się przez rychłozrost, jama wewnętrzna granuluje czysto, co kilka dni świeżo gazą jodoformową wypełniona. Dnia 28 kwietnia założono choréj obturator i zupełnie wyleczoną odesłano do domu.

Przyp. IV-ty. Mięsak szczęki gornéj. Wypiłowanie szczęki. Śmierć. W. M. lat 63. Od kilku lat kaszle i cierpi na niestrawność. Przed 3ma miesiącami zaczął go boleć ząb, a lico mu spuchło; obrzęk ten mimo usunięcia zęba ciągle szybko wzrasta. Człowiek licho odżywiony; z rozedmą płuc. Na lewém licu obrzęk wielkości jaja gęsiego całą szczękę zajmujący, twardy, bolesny, o powierzchni nierównéj, guzowatéj, skórą prawidłową pokryty. Obrzęk ten wypukla się téż do jamy ust na wyrostku zębodołowym i podniebieniu twardém.

Rozpoznanie: *Sarcoma maxillae superioris.*

Leczenie: Dnia 19 kwietnia 1888 roku wykonano wyłuszczenie całéj szczęki górnéj lewéj, przyczém posunięto się aż do wyrostka jarzmowego kości czołowéj, a nadto

zeszyto błonę śluzową lica z oddzieloną osłoną podniebienia twardego. Chory mimo przerwanéj narkozy zupełnie nie oddziaływał na ból, krwotok przy operacyi znaczny. Opatrunek przeciwgnilny założono i na zewnętrzną ranę. Chory tylko chwilowo budził się przytomnie, zresztą spiączka, tętno bardzo liche a oddechanie coraz prędsze, eter nic nie pomaga, tętno i oddech nikną, a chory pomimo całogodzinnego sztucznego oddychania nie wraca do życia.

Sekcyja wykazuje, oprócz zmian chorobowych w żołądku, zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, miażdżycę naczyń, wreszcie ogólną niedokrewność.

Przyp. V-ty. Chrząstniak szczęki górnéj. Wypiłowanie szczęki. Wyzdrowienie. A. R. l. 18, spostrzegła przed rokiem obrzęk szczęki górnéj lewéj i dziąsła koło pierwszych zębów trzonowych niebolesny, ale ciągle choć wolno wzrastający. Dziewczyna dość wątła i licho odżywiona, bez zmian w narządach wewnętrznych. Lico lewe wypuklone, przez guz wielkości kuli bilardowéj, który zajmuje nadto cały lewy wyrostek zębodołowy i część podniebienia twardego. Guz ten jest twardy, gładki, skórą prawidłową pokryty.

Rozpoznanie: *Chondroma maxillae superioris.*

Leczenie: Dnia 4 czerwca r. b. wykonano resekcyję szczęki w sposób zupełnie typowy. Ranę wewnętrzną wypełniono gazą jodoformową na zewnętrzną nie założono opatrunku tylko zasypano szwy jodoformem. Po tygodniu, w którym chora zupełnie nie gorączkowała, zmieniono gazę jodoformową w jamie rannéj, ziarnina czysta. To samo powtarzano co kilka dni. Dzisiaj chora jest na wyjściu z kliniki; oczekuje jeszcze tylko na sztuczną szczękę.